

Н.М. Оводюк

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами
м. Київ, Україна

Резюме

Мета – визначити особливості перебігу дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ II ст.) після перенесеного ішемічного інсульту на тлі артеріальної гіпертензії у державних службовців та оцінити якість життя даного контингенту хворих порівняно з пацієнтами з ДЕ II ст. на тлі гіпертонічної хвороби. Оцінити ефективність запропонованої схеми лікування (поєднання малих доз судинного та ноотропного препаратів із комплексом фізіотерапевтичних процедур) в обох групах.

Матеріал і методи. Для проведення дослідження на базі багатoproфільного закладу охорони здоров'я пацієнтів розподілили на дві групи: до основної віднесено тих, хто перенесли ішемічний інсульт на тлі артеріальної гіпертензії, до контрольної – пацієнтів з ДЕ II ст. без перенесеної гострої ішемічної події та на тлі артеріальної гіпертензії. Досліджували клініко-неврологічні та нейропсихологічні показники, показники мозкової гемодинаміки, структурні зміни мозкової тканини.

Результати. В обох групах мали місце рухові, когнітивні та психічно-вольові розлади, але в пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт, ці розлади були вірогідно більше вираженими, ніж у пацієнтів контрольної групи. Доведено, що пацієнти навіть із малим неврологічним дефіцитом мали вірогідно нижчу якість життя. Для лікування хворих обох груп запропоновано схему медикаментозного лікування (ніцерголін і фенібут) у невеликих дозах впродовж 2 місяців у поєднанні з фізіотерапевтичними заходами. Внаслідок проведеного лікування стан хворих та якість їх життя вірогідно поліпшилися за клінічними та параклінічними показниками.

Висновки. Отримані результати дають право пропонувати дану схему для лікування хворих із ДЕ II ст. на тлі артеріальної гіпертензії та після перенесеного інсульту. Використання невеликих доз препаратів дозволяє знизити економічні витрати на лікування.

Ключові слова: ішемічний інсульт, дисциркуляторна енцефалопатія, якість життя неврологічних пацієнтів, артеріальна гіпертензія, ніцерголін, фенібут.

Актуальність дослідження зумовлено високою смертністю від цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) – згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в світі щорічно реєструють близько 7,6 млн. летальних випадків внаслідок ЦВЗ. Летальність від інсульту 2015 року становила 6,5 млн. випадків, а за прогнозами експертів вона досягне 7,8 млн. випадків до 2030 р.

Впродовж останнього десятиріччя в світі, в тому числі і в Україні, різко погіршилася ситуація з ЦВЗ, найпоширенішим в найтяжчим серед яких є інсульт. Розповсюдженість мозкових інсультів у різних кра-

їнах різниться та становить від 140 до 500 випадків на 100 тис. населення [1-3].

У структурі ЦВЗ левову частку посідають не інсульт і транзиторні ішемічні атаки, а хронічні порушення мозкового кровообігу (понад 90%), які в національній науковій літературі та клінічній практиці традиційно позначаються терміном «дисциркуляторна енцефалопатія» (ДЕ).

Порівняно із західноєвропейськими країнами та США показники смертності від судинних захворювань головного мозку в Україні є вищими в

2-5 разів [10, 12]. Причому за даними різних авторів, аномалії артерій головного мозку трапляються в 1-10% серед усього населення, і кожна п'ята з них є причиною субарахноїдальних крововиливів із високим ризиком смерті або ризиком стійкої втрати працездатності [4-7].

У колишньому СРСР вперше було сформульовано концепцію системи надання медичної допомоги пацієнтам із гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК), яка передбачала створення неврологічних бригад служби швидкої медичної допомоги, спеціалізованих відділень для лікування хворих з інсультом (нейро-судинних відділень, реабілітаційних стаціонарів, кабінетів відновного лікування в поліклініках) [8-12]. Зазначену систему 1974 року було рекомендовано ВООЗ для впровадження в усіх країнах світу. Проте до сьогодні системи надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом у різних країнах різняться. За даними дослідників, протягом останніх 25 років відбулася «тиха революція» в наданні допомоги хворим на інсульт із впровадженням ефективних методів, що мінімізують розвиток постінсультних ускладнень і наслідків [13-17]. У США внаслідок впровадження такої системи надання допомоги пацієнтам з інсультом загальна смертність знизилася на третину, а летальність протягом 30 днів — з 27% до 15% [18]. Результати досліджень підтвердили ефективність організованої допомоги таким хворим інсультних відділеннях (центрах), а також продемонстрували, що надання допомоги в умовах відділень реабілітації сприяє збереженню 10 років життя після перенесеного інсульту [19-22]. Система надання допомоги за ГПМК у різних європейських країнах має свої організаційні особливості, але включає один і той же ключовий елемент — функціонування спеціалізованих регіональних центрів, або інсультних блоків («stroke unit») [23, 24].

Основними чинниками ризику розвитку інсульту є артеріальна гіпертензія (АГ), тютюнокуріння, зловживання алкоголем, підвищений рівень холестерину в плазмі крові тощо. Корекція АГ (серед усіх чинників ризику розвитку ЦВЗ) дає найбільший ефект [27]. Також тривале зниження рівня холестерину в плазмі крові — це один із важливих чинників профілактики інсультів [28].

Для вторинної профілактики інсультів важливим є проведення антиагрегантної терапії. Мета-аналіз досліджень ефективності антиагрегантів у хворих, які перенесли ішемічний інсульт або транзиторну ішемічну атаку (ТІА), виявив, що вони зменшують ризик розвитку повторного інсульту, інфаркту міокарда та раптової серцевої смерті [29].

Серед засобів для вторинної профілактики та реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту значне місце займають ноотропні та вазоактивні препарати, які покращують мозковий кровообіг і активують процеси метаболізму головного мозку [30].

Сьогодні критерії оцінки ефективності лікування та виходу після захворювання, що ґрунтувалися на традиційних показниках (середня тривалість життя, смертність), перестали задовольняти сучасну медицину. Лише оцінка якості життя (ЯЖ) може надати дослідникам повноцінну інформацію про точку зору пацієнта про свою хворобу [31-36].

Розвиток судинних когнітивних порушень (СКП) спричиняють серцево-судинні захворювання, що є чинниками ризику розвитку ГПМК і хронічної ішемії головного мозку [37]. Клінічно СКП можуть проявлятися легкою когнітивною недостатністю, а також судинною деменцією, тобто вираженими порушеннями в декількох когнітивних доменах, у тому числі пам'яті, що призводить до порушення повсякденної життєдіяльності [38, 39].

Частота післяінсультних когнітивних порушень (ПІКП) у хворих може досягати 80%. Когнітивні порушення є одним із найбільш значущих чинників для прогнозування наслідків інсульту, оскільки вони визначають ефективність реабілітаційних заходів та ЯЖ пацієнта. Вплив інсульту на когнітивні функції (КФ) визначається його локалізацією, кількістю осередків та їх розмірами. Надто високим ризик розвитку тяжких ПІКП є для хворого після повторного інсульту [40].

Одним із ключових чинників, що визначають тяжкість ПІКП, можуть бути передуючі інсульту нейродегенеративні зміни. Розвиток і прогресування хвороби Альцгеймера можливі і після перенесеного інсульту [41-43].

Дедалі більшого підтвердження отримує концепція, що патологія мозкових судин і нейродегенеративні зсуви на КФ впливають синергічно. Перспективні дослідження продемонстрували збільшення ризику розвитку деменції після інсульту приблизно в 10 разів [43].

Важливою складовою клінічної картини у пацієнтів із ПІКП є емоційно-вольові та інші нервово-психічні розлади, що є не лише реакцією пацієнта на хворобу та пов'язану з нею інвалідність, але й наслідком ішемічного ураження підкіркових і лімбічних структур. Показано, що післяінсультна депресія розвивається майже у третини пацієнтів і підвищує ризик грубої інвалідизації та смерті [44, 45].

Доведено, що особи з розумовим характером професійної діяльності частіше хворіють на інсульт, ніж особи з фізичним характером праці — 45,6% проти 37,0% [46]. Тривала розумова робота призводить до падіння умовних судинних рефлексів, порушується рівновага процесів гальмування та збудження, що виражаються в розладі позитивного гальмування умовних зв'язків. Розумова творча діяльність людини найвищою мірою залежить від його емоційного стану. Стрес і депресія значно підвищують ризик виникнення інсульту, надто в жінок, згідно з висновками нещодавно проведених мета-аналізів [47–51]. Підвищення рівня психосоціальних розладів пов'язано з надмірним ризиком фатального та нефатального інсульту в осіб літнього віку білої та чорної раси.

Результати епідеміологічних досліджень, проведених у США та Японії, свідчать про зв'язок між стресом на робочому місці та раптовою смертю внаслідок інсульту (синдром Кароші — смерть на робочому місці внаслідок інсульту/ІМ). Отже, перенавантаження під час розумової праці, стрес і депресія можуть призвести до розладів роботи серцево-судинної системи, що провокують різноманітні судинні «катастрофи», зокрема інсульти, надто якщо мають місце зазначені вище чинники ризику.

Мета дослідження — визначити особливості перебігу ДЕ II ст. після перенесеного ішемічного інсульту на тлі АГ у державних службовців та оцінити якість життя даного контингенту хворих порівняно з пацієнтами з ДЕ II ст. на тлі ГХ. Оцінити ефективність запропонованої схеми лікування (поєднання малих доз судинного та ноотропного препаратів із комплексом фізіотерапевтичних процедур) в обох групах.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Дослідження проводили впродовж 2014–2018 рр. на базі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Матеріалом дослідження були дані клініко-неврологічних і нейропсихологічних обстежень (92 особи — державні службовці), з них 52 пацієнти працездатного віку (від 40 до 60 років), які перенесли ішемічний інсульт, з ДЕ I руховим, неврологічним, емоційно-вольовим і психічним дефіцитом різного ступеня (основна група) та 40 пацієнтів з ДЕ II ст. на тлі АГ (тривалість захворювання — понад 10 років). Застосовано нейропсихологічні інструменти — шкали психічного статусу, шкали депресії та стандартизований опитувальник якості життя RAND SF-36.

Критерії включення: наявність перенесеного ішемічного інсульту в працездатному віці на тлі

артеріальної АГ і ДЕ II ст. у реабілітаційний і резидуальний періоди (основна група); наявність ДЕ ст. на тлі ГХ тривалістю понад 10 років (контрольна група). Критерії виключення пацієнтів з дослідження: наявність геморагічного інсульту за даними нейровізуалізації, тяжких рухових дефектів, некомпенсованого цукрового діабету, інших некомпенсованих захворювань, вагітності, лактації, звичок зловживання алкоголем, наркотиками.

Для повної картини пацієнтам проведено інструментальні обстеження, а саме: магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку, магнітно-резонансну ангіографію судин голови, ультразвукову діагностику судин головного мозку. Заповнювали протоколи неврологічного обстеження хворих за темою наукового дослідження з урахуванням анамнестичних даних, результатів інструментальних і лабораторних обстежень і нейропсихологічного тестування. З метою оцінки мозкової гемодинаміки досліджували результати комп'ютерної транскраніальної доплерографії.

Оцінку ЯЖ проводили за допомогою опитувальника RAND SF-36, який хворі заповнювали власноруч. Опитувальник SF-36 складається з 36 питань, розподілених на 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕ), та психічне здоров'я (ПЗ). Результати отримують у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам і двом категоріям. Показники кожної шкали варіюють від 1 до 100, де 100 відображає цілковите здоров'я [52–54].

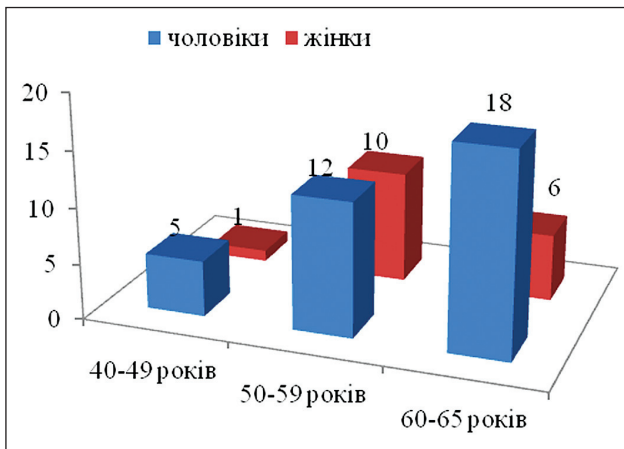
Результати наведено у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам, складених таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ.

Для узагальнення та обробки отриманих даних використано статистичні методи.

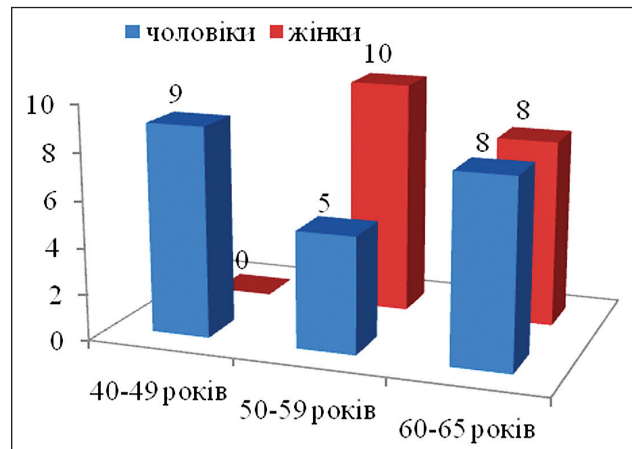
РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Серед пацієнтів із ДЕ, які перенесли ішемічний інсульт, більшість склали чоловіки віком від 60–65 років (34,6%), а більшість контрольної групи склали жінки віком 50–59 років (25,0%) (рис. 1).

АГ мали всі пацієнти основної та контрольної груп, АГ у поєднанні з церебральним атеросклерозом — 47 пацієнтів (51,1%). В основній групі пацієнти були порівнянними за ступенем неврологічного



Основна група (n=52)



Контрольна група (n=40)

Рис. 1. Розподіл пацієнтів за віком.

дефіциту після перенесеного ішемічного інсульту (від 5 до 9 балів за шкалою NIHSS, у середньому $7,2 \pm 0,15$ бала).

В обстежених основної та контрольної групи вміст загального холестерину в крові був дещо вищим за норму (абсолютно безпечний показник – $<5,2$ ммоль/л). Але слід відзначити, що в хворих, які перенесли інсульт, цей показник на початку дослідження був нижчим, ніж у контрольній групі. Це, певно, пов'язано з тим, що такі пацієнти ретельніше дотримують гіпохолестеринової дієти та режиму приймання статинів, і це насамперед стосується осіб чоловічої статі.

У даному дослідженні як медикаментозну терапію використовували комбінацію судинного препарату ніцерголін і ноотропного засобу фенібут з метою посилення ефекту один одного в невеликих терапевтичних дозах: ніцерголін по 10 мг 3 р./добу протягом 2 місяців і фенібут по 250 мг по 1 т. 2 р./добу також впродовж 2 місяців. Також хворим обох груп проводили фізіотерапевтичні заходи (голкорефлексотерапію, хворим із руховим дефіцитом – міостимуляцію апаратом із донорським зв'язком «Тренар», лікувальну фізкультуру, масаж).

Ніцерголін вважається судинним і ноотропним препаратом, який підсилює дію реабілітаційних заходів під час інсульту. Оскільки вказаний засіб має нейропротекторні властивості, він стимулює зворотне захоплення глутамату та перешкоджає розвитку опосередкованих глутаматом нейротоксичних ефектів на тлі гіпоксії, забезпечує антиапоптозний і нейротрофічний ефект, регулює обмін кальцію в нервовій тканині.

Другим препаратом, який справляє прямий вплив на ГАМК-ергічні рецептори, полегшує ГАМК-опосередковану передачу нервових імпульсів у ЦНС, запропоновано препарат фенібут. Як похідне ГАМК він поліпшує функціональний стан мозку за рахунок нормалізації метаболізму тканин і впливу на мозковий кровообіг (збільшує об'ємну та лінійну швидкість мозкового кровотоку, зменшує опір мозкових судин, поліпшує мікроциркуляцію, справляє антиагрегантну дію), справляє також транквілізуючу, психостимулюючу, антиагрегантну та антиоксидантну дію. Сприяє зниженню або зникненню відчуття тривоги, напруженості, занепокоєння та страху, нормалізує сон.

Пацієнти основної групи після перенесеного ішемічного інсульту найчастіше скаржилися на швидку втомлюваність і знижену працездатність.

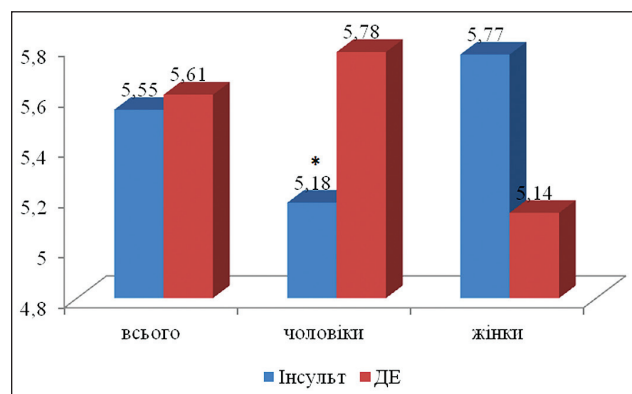


Рис. 2. Рівень холестерину (ммоль/л) у венозній крові пацієнтів з інсультом та ДЕ: * – вірогідна різниця з показником контрольної групи ($p < 0,05$).

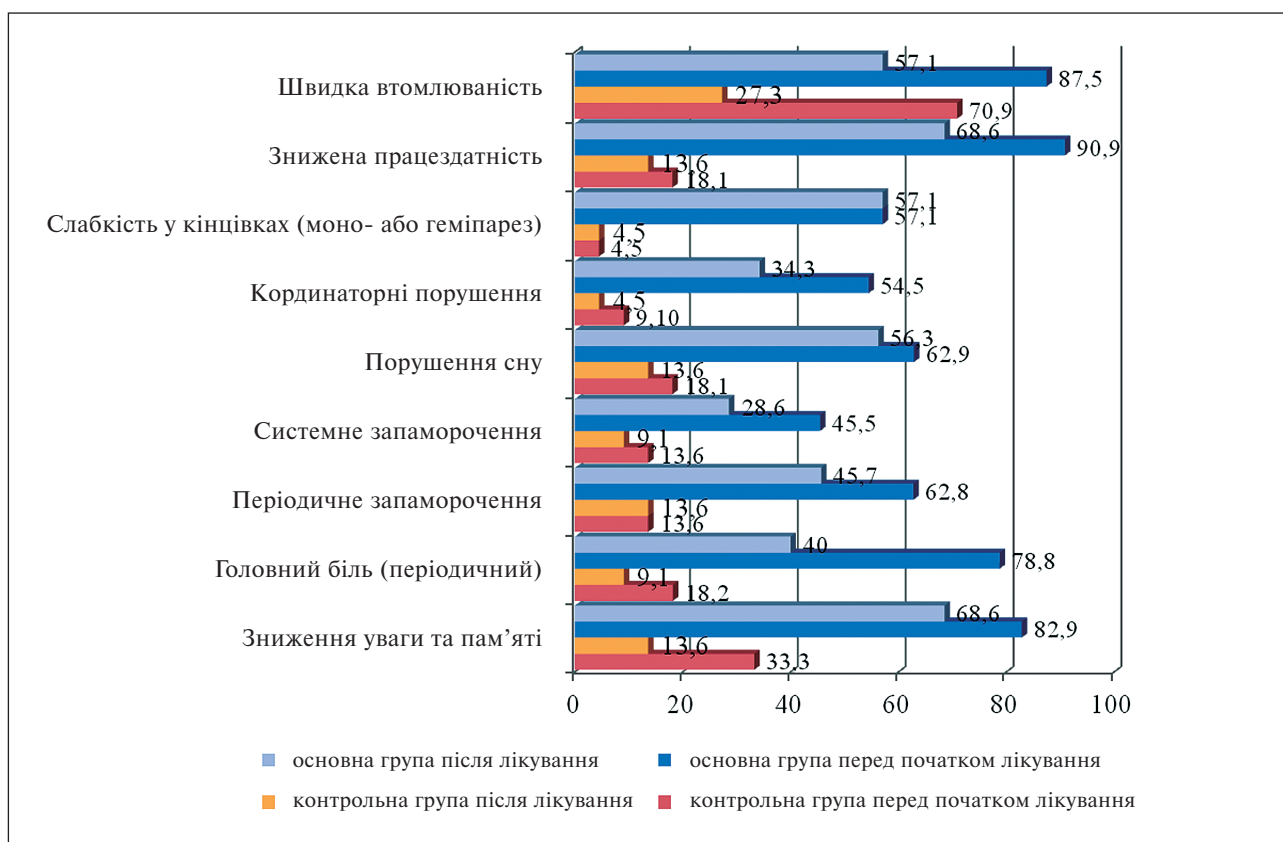


Рис. 3. Скарги у пацієнтів-чоловіків (%) основної та контрольної груп із дисциркуляторною енцефалопатією.

Зниження уваги та пам'яті, порушення сну, періодичні запаморочення, рухові порушення, головний біль і системне запаморочення частіше турбували чоловіків (рис. 3).



Рис. 4. Скарги у пацієнтів-жінок (%) основної та контрольної груп з дисциркуляторною енцефалопатією.

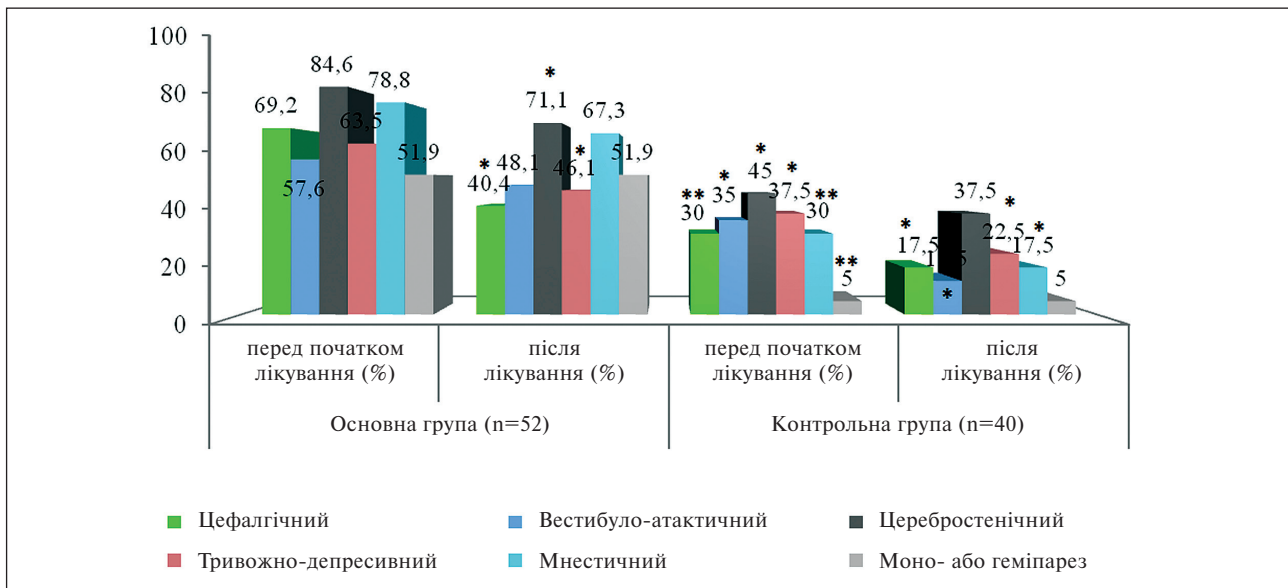


Рис. 5. Частота виникнення синдромів у пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією:

* – вірогідна різниця між групами ($p < 0,05$);

** – вірогідна різниця між групами ($p < 0,01$)

У контрольній групі частота всіх скарг була дещо меншою, але також переважали швидка втомлюваність і знижена працездатність. Періодичне запаморочення, головний біль, порушення сну, зниження уваги та пам'яті в контрольній групі частіше турбували жінок.

У пацієнтів із ДЕ працездатного віку, які перенесли ішемічний інсульт на тлі АГ із малим неврологічним дефіцитом і повернулися до праці, мали місце церебростенічний, мнестичний, цефалгічний синдроми та спостерігались тривожно-депресивні розлади й вестибуло-атактичний синдром. У пацієнтів контрольної групи також переважав церебростенічний синдром, понад третину пацієнтів мали тривожно-депресивні розлади, вестибуло-атактичні розлади та цефалгічний синдром спостерігались приблизно у третини хворих (рис. 5).

Після запропонованого лікування (Ніцерголін, Біфрен, рефлексотерапія, фізіотерапія) вираженість симптомів неврологічного дефіциту значно знизилась в обох групах, також знизилась вираженість вестибуло-атактичного синдрому майже на 10% в основній і на 23% – у контрольній групі, тривожно-депресивного – на 19,4% і 15,0% відповідно, мнестичного – на 11,5% і 13,5% відповідно. Не змінилися внаслідок лікування показники рухового дефіциту (парези), що, скоріше за все, пов'язано з осередками органічного ураження головного мозку (рис. 5).

Отже, за результатами аналізу частоти виникнення окремих синдромів перед початком і після лікування, можна дійти висновку, що у пацієнтів

обох груп переважали церебростенічний, мнестичний і тривожно-депресивний синдроми, хоча в контрольній групі ступінь їх проявів і частота були майже на 50% меншими на тлі однакової тяжкості ДЕ перед початком і після лікування. Ефективність судинної та ноотропної терапії на тлі фізіотерапевтичного лікування виявлено в обох групах, але вищою вона була для пацієнтів основної групи.

Порівнювали лінійну швидкість кровотоку в екстра- та інтракраніальних артеріях перед початком і після лікування (табл. 1).

Під впливом запропонованого лікування відзначено вірогідне збільшення лінійної швидкості кровотоку в лівій середньомозковій, правій задньомозковій артерії праворуч і в базилярній артерії ($p \leq 0,05$), що доводить ефективність запропонованої схеми лікування.

За результатами нейропсихологічного тесту за шкалою MMSE, проведеного перед початком і після лікування, виявлено, що когнітивні порушення були вірогідно більше вираженими в пацієнтів основної групи. Поліпшення стану внаслідок запропонованого лікування відбулося в хворих обох груп (табл. 2).

У результаті дослідження когнітивних функцій виявлено, що вони вірогідно ($p < 0,01$) були нижчими у пацієнтів, які перенесли інсульт, хоча стадія ДЕ в основній і контрольній групах була однаковою (II ст.). Після лікування Ніцерголіном у комбінації з Біфреном протягом 2 місяців вираженість мнестич-

Таблиця 1

Динаміка показників лінійної швидкості кровотоку в екстра- та інтракраніальних артеріях перед початком і після лікування в досліджуваних групах ($M \pm m$)

Судина	Права/ліва (D/ S)	Контрольна група, n=40		Основна група, n=52		Р (контр. гр.)	Р (осн.гр.)
		перед початком лікування	після лікування	перед початком лікування	після лікування		
Загальна сонна артерія	D	90,31 \pm 6,16	87,09 \pm 4,03	92,56 \pm 4,35	81,17 \pm 4,35	0,66	0,83
	S	88,88 \pm 6,19	81,97 \pm 4,69	87,39 \pm 4,35	85,13 \pm 5,93	0,39	0,77
Внутрішня сонна артерія	D	85,25 \pm 4,44	81,00 \pm 3,82	88,72 \pm 4,90	89,04 \pm 3,92	0,50	0,96
	S	81,44 \pm 3,83	78,70 \pm 3,57	84,17 \pm 3,90	77,63 \pm 3,27	0,64	0,20
Хребцева артерія (V1-V3)	D	43,00 \pm 2,09	54,45 \pm 9,21	44,39 \pm 3,74	50,33 \pm 3,10	0,40	0,23
	S	53,56 \pm 4,92	53,45 \pm 3,57	49,61 \pm 2,33	49,92 \pm 2,96	0,99	0,94
Середня мозкова артерія	D	111,00 \pm 7,21	119,61 \pm 6,20	114,76 \pm 5,28	119,26 \pm 6,18	0,40	0,59
	S	107,50 \pm 7,85	118,91 \pm 5,79	101,53 \pm 6,04	123,79 \pm 7,45	0,26	0,05
Задня мозкова артерія	D	86,15 \pm 4,63	79,74 \pm 4,92	71,60 \pm 5,03	82,32 \pm 4,88	0,42	0,04
	S	78,38 \pm 4,13	81,43 \pm 4,96	74,20 \pm 2,93	77,50 \pm 3,63	0,71	0,52
Базилярна артерія	—	79,94 \pm 4,32	88,41 \pm 4,90	76,72 \pm 4,42	90,82 \pm 4,05	0,27	0,02

Примітка: р — коефіцієнт вірогідності різниці показників перед початком і після лікування.

Таблиця 2

Частота когнітивних порушень різного ступеня за шкалою MMSE перед початком і після лікування, n (%)

Показник	Основна група (n=52)		Контрольна група (n=40)		p*
	перед початком лікування	після лікування	перед початком лікування	після лікування	
Деменція помірного ступеня (11-19 балів)	—		—		—
Деменція легкого ступеня (20-23 балів)	3(5,8%)	3(5,8%)	1(2,5%)	2(5,0%)	<0,9
Когнітивні порушення (24-27 балів)	15(28,8%)	13(25,0%)	2(5,0%)	2(5,0%)	<0,01
Норма, порушення когнітивних функцій відсутні (28-30 балів)	32(61,5%)	34(65,4%)	33(82,5%)	35(87,5%)	<0,05

* р — коефіцієнт достовірності відмінностей спостережень між групами до та після лікування

Таблиця 3

**Середня оцінка якості життя в основній і контрольній групах за шкалою SF-36
перед початком і після лікування,**

$$\bar{X} \pm SD$$

Критерій	Групи			
	основна (n=52)		контрольна (n=40)	
	перед початком лікування	після лікування	перед початком лікування	після лікування
Фізичне функціонування (ФФ)	-1,66±0,97*	-1,61±2,06*#	-0,45±0,64	-0,25±0,58#
Рольова діяльність (РД)	-1,61±2,06*	-1,82±0,74*	-0,25±0,58	-0,78±0,98#
Інтенсивність болю (ІБ)	-1,82±0,74*	-1,56±1,88*	-0,78±0,98	-0,18±0,69#
Життєва активність (ЖА)	-0,75±0,93*	-0,86±1,18*#	-0,21±0,92	-0,44±0,68#
Соціальне функціонування (СФ)	-0,86±1,18*	-1,67±0,54*	-0,44±0,68	-1,19±0,57
Емоційний стан (ЕС)	-1,67±0,54*	-1,7±1,1*	-1,19±0,57	-0,96±0,42#
Загальний стан здоров'я (ЗЗ)	-1,7±1,1*	-1,4±0,55*#	-0,96±0,42	-0,64±0,89#
Психічне здоров'я (ПЗ)	-1,4±0,55*	-1,21±1,08*	-0,64±0,89	-0,45±0,43
Сумарний показник фізичного стану (ФСсум)	-1,45±0,98*	-1,5±1,5*#	-0,13±0,79	-0,19±0,72#
Сумарний показник психологічного стану (ПСсум)	-1,5±1,5*	-1,94±0,71*#	-0,19±0,72	-1,05±0,88#

Примітка: * – вірогідна різниця з показником групи контролю (на відповідному етапі) ($p < 0,05$ за критеріями Стьюдента або W Вілкосона для незалежних вибірок);

– вірогідна різниця з показником перед початком лікування ($p < 0,05$ за критерієм Стьюдента або T Вілкосона для пов'язаних вибірок).

них порушень зменшилася в обох групах. Вірогідна різниця між вираженістю мнестичних порушень у хворих із ДЕ з інсультом і без зберігалася ($p < 0,01$). Частота деменції легкого ступеня не змінилася після лікування а основній групі, а в контрольній – зменшилася.

За результатами оцінки емоційно-вольових (тривожно-депресивних) порушень у пацієнтів основної групи виявлено, що помірні тривожні розлади та помірні депресія після інсульту частіше траплялися в жінок (41,1% і 29,4% відповідно),

чоловіки після інсультів більше страждали від депресії легкого та помірного ступенів (21,2% і 27,3% відповідно).

У контрольній групі половина жінок мали помірні тривожні розлади, та в 52,8% випадків виявлено депресію легкого та помірного ступенів. У чоловіків переважав помірний тривожний синдром.

Після лікування запропонованими препаратами та комплексом фізіотерапевтичних процедур у жінок прояви тривоги стали в більшості випадків

легкими, частота їх складала 27,8%, а частота депресії легкого та помірного ступенів знизилася до 27,7%. У чоловіків контрольної групи після лікування частота депресивних розладів залишилася на тому ж рівні.

Для визначення якості життя пацієнтів застосовували стандартизований опитувальник SF-36. Пацієнт (у даному дослідженні відповіді надавали виключно пацієнти самостійно, без залучення опікунів) обирав відповідь на запропоноване запитання. Кожна відповідь оцінювалась у балах. У кожній зі шкал ці бали додаються та математично опрацьовуються за стандартними формулами. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 означає цілковите здоров'я (табл. 3).

Попри те, що пацієнти обох груп мали ДЕ II ступеня (за скаргами й результатами клінічного та параклінічного обстеженнями), в пацієнтів, які перенесли інсульт, якість життя була вірогідно нижчою за показниками фізичного функціонування, соціального функціонування, психічного здоров'я, сумарними показниками фізичного та психологічного стану. Показники ЕС, 33, ФФ, СФ, ПЗ, ФСсум, ПСсум у хворих основної групи після лікування все ж таки залишалися вірогідно нижчими, ніж у хворих контрольної групи. Це свідчить про тяжкість наслідків інсульту та необхідність подальшого вдосконалення реабілітаційної терапії в амбулаторних умовах.

ВИСНОВКИ

1. Внаслідок застосування запропонованої схеми лікування – низьких доз ніцерголіну (30 мг на добу) та фенібуту (500 мг на добу) впродовж 2 місяців – вираженість майже всіх неврологічних синдромів зменшилась.
2. Показники когнітивних функцій були вірогідно нижчими в пацієнтів, які перенесли інсульт, хоча стадія ДЕ в основній і контрольній групах була однаковою (II ст.). Після лікування ніцерголіном у комбінації з фенібуту впродовж 2 місяців вираженість мнестичних порушень зменшилася в обох групах, хоча вірогід-

на різниця між вираженістю мнестичних порушень у хворих із ДЕ з інсультом та без нього зберігалась.

3. Після лікування запропонованими препаратами та комплексом фізіотерапевтичних процедур у жінок прояви тривоги стали в більшості випадків легкими, частота їх складала 27,8%, а частота депресії легкого та помірного ступенів знизилася до 27,7%. У чоловіків контрольної групи після лікування частота депресивних розладів залишилася на тому ж рівні.
4. У період після перенесеного ішемічного інсульту депресія та легкий руховий дефіцит справляють виражений негативний вплив на якість життя, навіть у пацієнтів із незначним неврологічним дефіцитом, що виник внаслідок хвороби (це зниження стосується майже всіх шкал опитувальника SF-36), що обґрунтовує необхідність перегляду принципів реабілітаційного лікування пацієнтів у ранній і пізній відновлювальні періоди після ішемічного інсульту.
5. Показники якості життя в хворих із ДЕ II ст. і перенесеним інсультом після лікування залишалися вірогідно нижчими, ніж у хворих із ДЕ II ст. без інсульту в анамнезі.
6. Після застосування запропонованої схеми лікування впродовж 2 місяців якість життя хворих обох груп стала вищою. Використання малих доз використовуваних препаратів знижує вартість лікування хворих із ДЕ.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для діагностики емоційно-вольових і когнітивних розладів у пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією різного генезу доцільним є використання діагностичних шкал для виявлення емоційно-вольових і когнітивних порушень: «депресія, тривога, стрес» (DASS-21), MMSE, шкали опитувальника якості життя SF-36.
2. Для лікування хворих із дисциркуляторною енцефалопатією рекомендовано застосовувати поєднання судинних і ноотропних препаратів у низьких дозах (ніцерголіну 30 мг/добу та фенібуту 500 мг/добу) впродовж 2 місяців, курсом, у системі з фізіотерапевтичним лікуванням.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. М., 2001.
2. The top 10 causes of death. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html> (дата звернення 30.03.2018)
3. Mathers C. D., Bernard C., Iburg K. M. Global Burden of Disease: Data sources, methods and results. URL: <http://www.factsheets/fs310/en/index.html> (дата звернення 30.03.2018)
4. Duros J. On the rupture of an aneurysm. Neurological research. 1991. Т. 13. №. 4. С. 217-223.
5. Laakso A. Hernesniemi, J., Yonekawa, Y., Tsukahara, T. Surgical management of cerebrovascular disease. Springer Science & Business Media, 2010. Т. 107.

6. Yuki I., Spitzer, D., Guglielmi, G., Duckwiler, G., Fujimoto, M., Takao, H., Vinuela, F. Immunohistochemical analysis of a ruptured basilar top aneurysm autopsied 22 years after embolization with Guglielmi detachable coils. *Journal of neurointerventional surgery*. 2014. C. neurintsurg-2014-011260.
7. Takao, H., Kadokura, S., Suzuki, T., Kanbayashi, Y., Masuda, S., Shinohara, K., Murayama, Y. Abstract W P70: What Cfd Parameter is Different Between Growing and No Growing Aneurysm. 2014.
8. Олійник І. В. Медико-соціальні особливості гострих порушень мозкового кровообігу та розробка популяційної і цільової моделі їх профілактики: автореф. ... дис. канд. мед. наук. Київ, 2011. 24 с.
9. Зозуля А. І., Слабкий Г. О. Усовершенствование системы оказания медицинской помощи населению при cerebrovasкулярных заболеваниях — составляющей общей реформы здравоохранения в Украине. *Международ. невролог. журн.* 2013. № 7(61). С. 111–117.
10. Зозуля А. И. Пути реорганизации оказания медицинской помощи при cerebrovasкулярных заболеваниях. *Укр. мед. часопис*. 2013. №4(96). С. 132–135.
11. Коваленко В. М., Корнацький В. М., Ревенько І. Л., Гандзюк В. А. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. Київ, 2009. 146 с.
12. Виничук С. М., Черенько Т. М. Ишемический инсульт: эволюция взглядов на стратегию лечения. Киев: Космополис, 2003. 120 с.
13. Всемирная организация здравоохранения. К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями. Пункт 8(а) предварительной повестки дня, Пятьдесят четвертая сессия Европейского регионального комитета ВОЗ (6–9 сентября 2004). URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/88201/RC54_rdoc08.pdf (дата звернення 30.03.2018).
14. Всемирная организация здравоохранения. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями / Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 60 с.
15. Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні. *Запорозж. мед. журн.* 2010 № 12. С. 42–47.
16. Ревенько І. Л. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі медичної допомоги хворим із судинно-мозковими захворюваннями: автореф. ... дис. канд. мед. наук, Київ, 2011. 212 с.
17. European Stroke Initiative Executive Committee; EUSI Writing Committee / Olsen T.S. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management—update 2003. *Cerebrovasc. Dis.*, 2003. 16(4). P. 311–337.
18. Трещинский А. И. Глумчер Ф.С., Короткоручко А.А., Полищук Н.Е. Ишемический инсульт (этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия). *Боль, обезболивание, интенсивная терапия*. 1997. № 3. С. 79–88.
19. Ямагучи Т. Современное состояние проблемы острого ишемического инсульта в Японии: результаты общенационального исследования 1999–2000. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, Инсульт (приложение)*. 2003. № 9. С. 72–74.
20. Huang K., Khan N., Kwan A. Socioeconomic status and care after stroke: results from the Registry of the Canadian Stroke Network. *Stroke*. 2013. 44(2). P. 477–482.
21. Cadilhac D. A., Lalor E. E., Pearce D. C. Access to stroke care units in Australian public hospitals: facts and temporal progress. *Intern. Med. J.* 2006. 36(11). P. 700–704.
22. Alberts M.J., Hademenos G., Latchaw R. Recommendations for the establishment of primary stroke centers. Brain Attack Coalition. *JAMA*. 2000. 283(23). P 3102–3109.
23. Rudd A.G., Hoffman A., Irwin P. Stroke unit care and outcome: results from the 2001 National Sentinel Audit of Stroke (England, Wales, and Northern Ireland). *Stroke*. 2005. 36(1). P. 103–106.
24. Lenti L., Brainin M., Titianova E. Stroke care in Central Eastern Europe: current problems and call for action. *Int. J. Stroke*. 2013. 8(5). P. 365–371.
25. Всемирная организация здравоохранения. Хельсингборгская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2006. 24 с.
26. Инсульт: принципы диагностики, лечения, профилактики / под ред. Н. В. Верещагина, М. А. Пирадова, З. А. Суслиной. М., 2002.
27. Жарінов О. Й. Ураження головного мозку при артеріальній гіпертензії. Особливості антигіпертензивної терапії. *Здоров'я України*. 2005. №23–24. С. 36.
28. Яворская В. А., Дьолог Н. В., Гребенюк А. В. Профилактика инсульта с позиций доказательной медицины. *Здоров'я України*. 2006. №№13–14.
29. Яворская В. А., Дьолог Н. В., Гребенюк А. В. Профилактика инсульта с позиций доказательной медицины. *Здоров'я України*. 2006. № 15–16.
30. Dormehl I. C., Jordaan B., Oliver D. W., Croft S. SPECT monitoring of improved cerebral blood flow during long-term treatment of elderly patients with nootropic drugs. *Clin. Nucl. Med.* 1999. V.24 (1). P. 29–34.
31. Appelros P., Nydevik I., Viitanen M. Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. *Stroke*. 2003. 34. P.122–126.
32. Buck D., Jacoby A., Massey A., Ford G. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke*. 2000. 31. P. 2004–2010.
33. Duncan P. W., Jorgensen H. S., Wade D. T. Outcome measures in acute stroke trials. *Stroke*. 2000. 31. P. 1429–1438.
34. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: Миклош, 2003. 176 с.
35. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: Миклош, 2003. 176 с.
36. Пантелеенко Л. В., Соколова Л. І. Якість життя після перенесеного ішемічного інсульту: научно-практическая интернет-конференция "Альянс наук: ученый — ученому" (25–26 февраля 2010 года). 2010.
37. Hopman W. M., Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*. 2003. 34. P. 801–805.
38. Diagnostic and Statistical Manual Disorders. 4th edition: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
39. Rasquim S. M., Lodder J., Ponds R.W. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow-up study. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2004. Vol. 18. P. 138–134.
40. Desmond D. W., Moroney J. T., Paik M. C. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology*. 2000. Vol. 54(5). P. 1124–1131.
41. Mackowiak-Cordoliani M. A., Bombois S., Memin A. Poststroke dementia in the elderly. *Drugs Aging*. 2005. Vol. 22, № 6. P. 483–493.
42. Чердак М. А., Парфенов В. А. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт: обзор. *Неврологический журнал*. 2011. Т. 16, № 6. С. 37–44.

43. Bejot Y., Aboa-Eboule C., Durier Jeome. Prevalence of early dementia after first-ever stroke: a 24-year population-based study. *Stroke*. 2011. Vol. 42. P. 607–612.
44. Вознесенская Т. Г. Некогнитивные нервно-психические расстройства при когнитивных нарушениях в пожилом возрасте. *Неврологический журнал*. 2010. № 2. С. 4–18.
45. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., SF-36® Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI : Quality Metric Incorporated, 1993.
46. Питецька Н. І., Ковальова О. М., Зливка Л. В. Профілактика мозкового інсульту у хворих на артеріальну гіпертензію. Акцент на фактори ризику. *Укр. мед. альманах*. 2012. Т. 15, № 5 (додаток). С. 430–433.
47. Pan A., Sun Q., Okereke O. I. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. *JAMA*. 2011. 306(11). P. 1241–1249.
48. Pearson T. A., Blair S. N., Daniels S. R. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and *Stroke*: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation*. 2002. 106(3). P. 388–391.
49. Roger V. L., Go A. S., Lloyd-Jones D. M. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics — 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012. 125(1). e2–e220.
50. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press, 1992. 132 p.
51. Everson-Rose S. A., Lewis T. T. Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu. Rev. Public Health*. 2005. 26. P. 469–500.
52. Пантелеєнко Л. В., Соколова Л. І. Якість життя після перенесеного ішемічного інсульту: «Альянс наук: учений — ученому : Научно-практическая интернет конференция» (25–26 лютого 2010 р.). URL: http://confcontact.com/2010/alyans/2010_alyans_med.php (дата 30.03.2018).
53. Чердак М. А., Парфенов В. А. Когнитивные расстройства у пациентов перенесших ишемический инсульт: обзор. *Неврологический журнал*. 2011. Т. 16, № 6. С. 37–44.
54. Appelros P., Nydevik I., Viitanen M. Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. *Stroke*. 2003. 34. P. 122–126.

REFERENCES

1. Gusev E. I., Skvorcova V. I. (2001). Ishemija golovnogogo mozga [Ischemia of the brain]. M.
2. The top 10 causes of death. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
3. Mathers C. D., Bernard C., Iburg K. M. Global Burden of Disease: Data sources, methods and results. Available at: <http://factsheets/fs310/en/index.html>
4. Duros J. (1991). On the rupture of an aneurysm. *Neurological research*, 13, 4, 217–223.
5. Laakso A. Hernesniemi, J., Yonekawa, Y., Tsukahara, T. (2010). Surgical management of cerebrovascular disease. Springer Science & Business Media, 107.
6. Yuki I. Spitzer, D., Guglielmi, G., Duckwiler, G., Fujimoto, M., Takao, H., Vinuela, F. (2014). Immunohistochemical analysis of a ruptured basilar top aneurysm autopsied 22 years after embolization with Guglielmi detachable coils. *Journal of neurointerventional surgery*. 011260.
7. Takao, H., Kadokura, S., Suzuki, T., Kanbayashi, Y., Masuda, S., Shinohara, K., Murayama, Y. (2014). Abstract W P70: What Cfd Parameter is Different Between Growing and No Growing Aneurysm.
8. Oliynyk I. V. (2011). Medyko-sotsialni osoblyvosti hostrykh porushen mozkovoho krovoobihu ta rozrobka populiatsiinoi i tsilovoi modeli yikh profilaktyky [Medical and social features of acute cerebrovascular disorders and development of population and target model of their prevention]. K., 24 s.
9. Zozulya A. I., Slabkiy G. O. (2013). Usovershenstvovaniye sistemy okazaniya meditsinskoy pomoshchi naseleniyu pri tserebrovaskulyarnykh zabolevaniyakh — sostavlyayushchey obshchey reformy zdavookhraneniya v Ukraine [Improvement of the system of rendering medical care to the population with cerebrovascular diseases - a component of the overall health care reform in Ukraine]. *Intern. neurologist. journal*, 7(61). 111–117.
10. Zozulya A. I. (2013). Puti reorganizatsii okazaniya meditsinskoy pomoshchi pri tserebrovaskulyarnykh zabolevaniyakh [Ways of reorganizing the provision of medical care for cerebrovascular diseases]. *Ukrainian medical journal*, №4 (96), 132–135.
11. Kovalenko V. M., Kornatsky V. M., Revenko I. L., Handzyuk V. A. (2009). Medyko-sotsialni aspekty khvorob systemy krovoobihu [Medico-social aspects of circulatory system diseases]. Kyiv, 146 s.
12. Vinichuk S. M., Cheren'ko T. M. (2003). Ishemicheskiy insult: evolyutsiya vzglyadov na strategiyu lecheniya [Ischemic stroke: evolution of views on the treatment strategy]. Kyiv : Kosmopolis, 120 s.
13. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya (2004). K sozdaniyu yevropeyskoy strategii bor'by s neinfektsionnymi boleznyami. Punkt 8(a) predvaritel'noy povestki dnya, Pyat'desyat chetvertaya sessiya Yevropeyskogo regional'nogo komiteta VOZ (6–9 sentyabrya) [To the creation of a European strategy for combating noncommunicable diseases. Item 8 (a) of the provisional agenda, Fifty-fourth session of the WHO Regional Committee for Europe (6–9 September)]. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/88201/RC54_rdoc08.pdf. (дата звернення 30.03.2018).
14. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya.a) Kurs na ozdorovleniye. Yevropeyskaya strategiya profilaktiki i bor'by s neinfektsionnymi zabolevaniyami. Yevropeyskoye regional'noye byuro VOZ [The course for recovery. European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 60 s.
15. Revenko I. L. (2010). Epidemiologiya insultu v Ukraini. *Zaporozhye Medical Journal*, 12, 42–47.
16. Revenko I. L. (2011). Medyko-sotsial'ne obgruntuvannya optymizovanoi modeli medychnoyi dopomohy khvorym iz sudynno-mozkovymy zakhvoryuvannamy [Medico-social substantiation of an optimized model of medical care for patients with vascular-cerebrovascular diseases] Kyiv, 212 s.
17. European Stroke Initiative Executive Committee (2003). EUSI Writing Committee / Olsen T.S. European Stroke

- Initiative Recommendations for Stroke Management-update. *Cerebrovasc. Dis.*, 16(4), 311–337.
18. Treshchinskiy A. I., Glumcher F.S., Korotkoruchko A.A., Polishchuk N.Ye. (1997). Ishemicheskii insul't (etiologiya, patogenez, klinika, intensivnaya terapiya) [Ischemic stroke (etiology, pathogenesis, clinic, intensive care)]. Pain, analgesia, intensive care, 79–88.
 19. Yamaguchi T. (2003). Sovremennoye sostoyaniye problemy ostrogo ishemicheskogo insul'ta v Yaponii: rezul'taty obshchenatsional'nogo issledovaniya 1999–2000. *Jour. neurology and psychiatry. S.S. Korsakov. Stroke (attachment)*, 9, 72–74.
 20. Huang K., Khan N., Kwan A. (2013). Socioeconomic status and care after stroke: results from the Registry of the Canadian Stroke Network. *Stroke*, 44(2), 477–482.
 21. Cadilhac D. A., Lalor E. E., Pearce D. C. (2006) Access to stroke care units in Australian public hospitals: facts and temporal progress. *Intern. Med. J.*, 36(11), 700–704.
 22. Alberts M. J., Hademenos G., Latchaw R. (2000) Recommendations for the establishment of primary stroke centers. *Brain Attack Coalition. JAMA*, 283(23), 3102–3109.
 23. Rudd A. G., Hoffman A., Irwin P. (2005) Stroke unit care and outcome: results from the 2001 National Sentinel Audit of Stroke (England, Wales, and Northern Ireland). *Stroke*, 36(1), 103–106.
 24. Lenti L., Brainin M., Titianova E. (2013). Stroke care in Central Eastern Europe: current problems and call for action. *Int. J. Stroke*, 8(5), 365–371.
 25. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya (2006). Khel'singborgskaya deklaratsiya o yevropeyskikh strategiyakh v otnoshenii insul'ta. Yevropeyskoye regional'noye byuro VOZ [World Health Organization (2006). Helsingborg Declaration on European Strategies for Stroke. WHO Regional Office for Europe], Kopengagen, 24 s.
 26. Insul't: printsipy diagnostiki, lecheniya, profilaktiki [Stroke: principles of diagnosis, treatment, prevention] / pod red. N. V. Vereshchagina, M. A. Piradova, Z. A. Suslinoy. M., 2002.
 27. Zharinov O. Y. (2005). Urazhennyya holovnoho mozku pry arterial'niy hipertenzii. Osoblyvosti antyhipertenzivnoyi terapiyi [Brain defeat with arterial hypertension. Features of antihypertensive therapy]. *Health of Ukraine*, 23–24, 36.
 28. Yavorskaya V. A., D'olog N. V., Grebenyuk A. V. (2006). Profilaktika insul'ta s pozitsiy dokazatel'noy meditsiny [Prevention of stroke from the perspective of evidence-based medicine]. *Health of Ukraine*, 13–14.
 29. Yavorskaya V. A., D'olog N. V., Grebenyuk A. V. (2006). Profilaktika insul'ta s pozitsiy dokazatel'noy meditsiny [Prevention of stroke from the perspective of evidence-based medicine]. *Health of Ukraine*, 15–16.
 30. Dormehl I. C., Jordaen B., Oliver D. W., Croft S. (1999). SPECT monitoring of improved cerebral blood flow during long-term treatment of elderly patients with nootropic drugs. *Clin. Nucl. Med.*, 24 (1), 29–34.
 31. Appelros P., Nydevik I., Viitanen M. (2003). Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. *Stroke*, 34, 122–126.
 32. Buck D., Jacoby A., Massey A., Ford G. (2000). Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke*, 31, 2004–2010.
 33. Duncan P. W., Jorgensen H. S., Wade D.T. (2000). Outcome measures in acute stroke trials. *Stroke*, 31, 1429–1438.
 34. Kadykov A. S. Reabilitatsiya posle insul'ta [Rehabilitation after a stroke]. M.: Miklosh, 2003. 176 s.
 35. Kadykov A. S. Reabilitatsiya posle insul'ta [Rehabilitation after a stroke]. M.: Miklosh, 2003. 176 s.
 36. Panteleyenko L. V., Sokolova L. I. Yakist zhyttya pislya perenesenoho ishemichnoho insultu: nauchno-praktycheskaya ynternet-konferentsyya "Alyans nauk: uchenyy – uchenomu" [Quality of life after transmitted ischemic stroke: scientific and practical internet conference "Alliance of sciences: scientist - scientist"] (25–26 fevralya 2010 hoda).
 37. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation (2003). *Stroke*, 34, 801–805.
 38. Diagnostic and Statistical Manual Disorders. 4th edition: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
 39. Rasquim S. M., Lodder J., Ponds R.W. (2004). Cognitive functioning after stroke: a one-year follow-up study. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 18, 138–134.
 40. Desmond D. W., Moroney J. T., Paik M. C. (2000). Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology*, 54(5), 1124–1131.
 41. Mackowiak-Cordoliani M. A., Bombois S., Memin A. (2005). Poststroke dementia in the elderly. *Drugs Aging.*, 22, 6, 483–493.
 42. Cherdak M. A., Parfenov V. A. (2011). Kognitivnyye rasstroystva u patsiyentov, perenesshikh ishemicheskii insul't: obzor [Cognitive disorders in patients undergoing ischemic stroke: a review]. *Neurological Journal* 16, 6, 37–44.
 43. Bejot Y., Aboa-Eboule C., Durier Jeome (2011). Prevalence of early dementia after first-ever stroke: a 24-year population-based study. *Stroke*, 42, 607–612.
 44. Voznesenskaya T. G. (2010). Nekognitivnyye nervno-psikhicheskiye rasstroystva pri kognitivnykh narusheniyakh v pozhilom vozraste [Non-cognitive neuropsychiatric disorders in cognitive impairment in elderly patients]. *Неврологический журнал*, 2, 4–18.
 45. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M. (1993). SF-36® Health Survey: Manual and Interpretation Guide Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
 46. Pytetska N., Kovalova O. M., Zlyvka L. V. (2012). Profilaktyka mozkovoho insultu u khvorykh na arterialnu hipertenziiyu. Aktsent na faktory ryzyku [Prevention of cerebral stroke in patients with arterial hypertension. Focus on risk factors]. *Ukrainian medical almanac*, 15, 5, 430–433.
 47. Pan A., Sun Q., Okereke O. I. (2011). Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. *JAMA*, 306(11), 1241–1249.
 48. Pearson T. A., Blair S. N., Daniels S. R. (2002). AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation*, 106(3), 388–391.
 49. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M. (2012). American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Heart disease and stroke statistics — 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 125(1), e2–e220.
 50. Rose G. (1992). The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press, Oxford, 132 p..
 51. Everson-Rose S. A., Lewis T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 469–500.
 52. Panteleyenko L. V., Sokolova L. I. Yakist zhyttya pislya perenesenoho ishemichnoho insultu : nauchno-

prakticheskaya ynternet konferentsiya «Alyans nauk: uchenyy – uchënomu» (25-26 lyutoho 2010 r.). [Quality of life after transmitted ischemic stroke: scientific and practical Internet conference "Alliance of sciences: scientist - scientist" (February 25-26, 2010)]. Available at: http://confcontact.com/2010/alyans/2010_alyans_med.php.

53. Cherdak M. A., Parfenov V. A. (2011). Kognitivnyye rastroystva u patsiyentov perenesshikh ishemicheskiy insul't: obzor [Cognitive disorders in patients undergoing ischemic stroke: a review]. Neurological Journal, 16, 6, 37-44.

54. Appelros P., Nydevik I., Viitanen M. (2003). Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. Stroke, 34, 122-126.

Резюме

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Н.М. Оводюк

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Цель – анализ особенностей течения дисциркуляторной энцефалопатии II ст. у пациентов (госслужащих), которые перенесли ишемический инсульт на фоне артериальной гипертензии, по сравнению с пациентами с дисциркуляторной энцефалопатией II ст. без перенесенного острого ишемического события на фоне артериальной гипертензии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе многопрофильного учреждения здравоохранения ГУД. Пациентов распределили на две группы: в основную включены те, кто перенес ишемический инсульт на фоне артериальной гипертензии, а в контрольную – пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией II ст. на фоне артериальной гипертензии без перенесенного инсульта.

Результаты. Доказано, что пациенты даже с малым неврологическим дефицитом имеют достоверно более низкое качество жизни после перенесенного инсульта. Для лечения больных обеих групп предложена схема медикаментозной терапии (ницерголин и фенибут в небольших терапевтических дозах в течение 2 месяцев) с параллельным физиотерапевтическим лечением. Вследствие лечения состояние больных и качество их жизни достоверно улучшились по клиническим и параклиническим показателям. Это дает право предлагать вышеупомянутую схему для лечения пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией как после перенесенного инсульта, так и тех, у кого инсульта не было. Использование небольших доз препаратов снизит экономические затраты на лечение, что важно для самих пациентов и их семей.

Ключевые слова: ишемический инсульт, дисциркуляторная энцефалопатия, качество жизни, артериальная гипертензия, ницерголин, фенибут.

*Summary***DEFINING THE PECULIARITIES OF THE COURSE OF DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY AFTER AN ISCHEMIC STROKE ON THE BACKGROUND OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG CIVIL SERVANTS****N. Ovodiuk**

State Institution of Science "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

The goal is to analyze the characteristics of the course of dyscirculatory encephalopathy of the 2nd stage in patients (civil servants) who suffered ischemic stroke on the background of arterial hypertension, compared with patients with dyscirculatory encephalopathy of the second stage without acute ischemic events on the background of arterial hypertension.

Material and methods. The study was conducted on the basis of the multidisciplinary health care facility of The State Administration. The patients were divided into two groups: the main group included those who had an ischemic stroke on the background of arterial hypertension, and the control group included patients with dyscirculatory encephalopathy of the 2nd stage. against the background of arterial hypertension without a stroke.

Results. It is proved that patients even with a small neurological deficit have a significantly lower quality of life after a stroke. For the treatment of patients in both groups, a scheme of drug therapy (Nicergoline and Phenibut in small therapeutic doses for 2 months) with concurrent physiotherapy treatment has been proposed. As a result of treatment, the condition of patients and their quality of life significantly improved in clinical and paraclinical indicators. This gives the right to offer the above scheme for the treatment of patients with dyscirculatory encephalopathy, both after a stroke and those who have not had a stroke. The use of small doses of drugs will reduce the economic costs of treatment, which is important for the patients themselves and their families.

Keywords: ischemic stroke, dyscirculatory encephalopathy, quality of life, arterial hypertension, nicergoline, phenibut.

*Інформація про автора знаходиться в редакції.
Дата надходження до редакції 27.03.2018 р.*